

慢病药物治疗依从性与达标率现状调研分析

武明芬, 赵志刚* (首都医科大学附属北京天坛医院 药学部, 北京 100070)

【摘要】目的: 调查分析北京地区慢病患者药物治疗依从性和达标率现状, 探讨影响慢病患者治疗依从性的主要因素, 为制定有效的药学干预措施提供数据支持。**方法:** 选取高血压、高血脂、糖尿病、高尿酸血症和哮喘 5 种慢病患者作为调查对象, 设计慢病治疗管理依从性及达标率调查问卷。药师通过面对面访谈的形式开展调研, 调研结果录入电子记录系统进行统计分析。**结果:** 共调查患者 1779 人, 收到有效基线调查问卷 2670 份。依从性差的患者比例为 28.95%, 不依从的比例达到 66.85%。血压、血糖、血脂、尿酸和哮喘控制不达标比例分别为 19.8%、64.34%, 41.85%、57.53%和 87.72%。不依从的原因排前三位的是: ①事情较多, 工作忙碌, 经常记不起来 (占比 22.71%); ②患者对疾病不了解或重视不够 (占比 14.61%); ③担心药品毒副作用, 自行减量或停用 (占比 9.22%)。**结论:** 北京地区慢病治疗依从性总体较差, 疾病治疗达标率欠佳, 用药管理的需求很强烈, 应对社区慢病患者开展以家庭药师为主导居家药学服务, 提高用药管理的可及性。

【关键词】 慢病; 依从性; 达标率; 调查问卷; 影响因素

随着社会经济的发展、人民生活水平的提高和人口老龄化进程的加快, 高血压、高血脂、糖尿病、高尿酸血症、哮喘等慢性病正严重威胁着人民身体健康, 并且呈现“患病人数多、患病时间长、医疗成本高、服务需求大”的特点。2018 年, 我国首部《健康管理蓝皮书》^[1]指出, 我国慢病发病人数在 3 亿左右, 城市和农村因慢病死亡占总死亡人数的比例分别高达 85.3%和 79.5%。《中国居民营养与慢性病状况报告 (2020 年)》^[2]指出, 2019 年我国因慢性病导致的死亡占总死亡的 88.5%, 并且慢病患者基数仍将不断扩大, 因慢性病死亡的比例也会持续增加。慢病患者通常需要长期甚至终身用药来控制或缓解病情, 防止并发症的出现、病情恶化或者死亡, 有些慢性病即使能够治愈, 也需要很长的治疗过程。药物治疗是防治慢病的主要方式之一, 用药依从性好坏对疾病治疗效果有重大影响。然而, 调查研究显示, 慢病患者药物治疗依从性差现象普遍存在, 社区慢病患者尤其严重^[3]。因此, 强调社区慢病患者治疗管理方案的依从性非常重要, 传统加强依从性的方法效果欠佳, 新的策略必须发展。因此,

本研究调查分析北京社区慢病患者的药物治疗依从性和达标率现状，为制定有效的药学干预措施提供数据支持。

1 对象与方法

1.1 调查对象

符合高血压、高血脂、糖尿病、高尿酸血症和哮喘 5 种慢病中的任意一种或者多种确诊慢病，并正在接受相应药物治疗至少 3 个月的患者。年龄 30~85 岁，性别不限，能够自主交流，意识清楚，并自愿参与问卷调查。能够坚持记录服药信息和监测指标，并能够配合后期随访。患者可以理解或经讲解之后理解问卷或量表中的内容，并配合药师完成问卷的填写。

1.2 调查方法

参考 Morisky 用药依从性问卷、Frankl 治疗依从性量表和 Houpt 行为量表，结合慢病依从性的影响因素，分别设计相应的高血压、高血脂、糖尿病、高尿酸血症、哮喘 5 种慢病治疗依从性调查量表，调查量表经过专家组进行讨论审定。药师通过面对面访谈的形式开展研究。药师向符合入选标准的患者介绍研究目的、研究内容、受试者权益等内容。患者同意参加研究并签署知情同意后，药师通过 1 份《慢病治疗依从性与达标率患者调查表》收集相关数据。本研究中使用的调查问卷、研究方案以及知情同意书经过医院伦理委员会审查并获得批准。

调查内容包含 38 个条目，可分为 5 个部分：①患者的人口社会学特征（年龄、性别、收入、婚姻、社保情况、教育程度等）；②患者的疾病与药物治疗相关信息（患病时长、服药时长、对疾病的了解、控制指标等）；③用药记录（药品名称、用法用量、用药起止时间、不良反应等）；④用药依从性（8 项 Morisky 药物依从性量表，量表满分为 8 分，得分小于 6 分为依从性差，得分 6~8 分为依从性中等，得分 8 分为依从性好）；⑤行为生活方式控制（自行购药情况、饮食控制、运动方式及时间等）。

1.3 数据分析

调研数据采用 EXCEL 和 SPSS 22.0 软件进行统计分析。采用描述性统计方法对研究结果进行分析评价。

2 研究结果

2.1 慢病患者的人口社会学特征

截止 2021 年 2 月，共调研患者 1779 人，其中男性 813 人（45.7%），女性 966 人（54.3%），收到有效调查问卷 2670 份。患者平均年龄 61.79 岁。患者的人口社会学特征具体见表 1。

表 1 调研患者的人口社会学特征

基本特征	患者人数（占比%）
年龄	
30-50 岁	268 (15.06%)
51-70 岁	1040 (58.46%)
71-90 岁	460 (25.86%)
性别：	
男	813 (45.7%)
女	966 (54.3%)
教育程度：	
① 初中及以下	544 (30.58%)
② 高中、大专、技校	814 (45.76%)
③ 大学本科	345 (19.39%)
④ 研究生及以上	50 (2.81%)
BMI	
<18.5 Kg/m ²	38 (2.14%)
18.5~23.9 Kg/m ²	574 (32.27%)
24~27 Kg/m ²	783 (44.01%)
28~32 Kg/m ²	290 (16.3%)
>32 Kg/m ²	66 (3.71%)
吸烟情况	
① 吸烟	315 (17.71%)
② 不吸烟	1301 (73.13%)
③ 已戒烟	149 (8.38%)
饮酒情况	
① 饮酒	346 (19.45%)
② 不饮酒	1296 (72.85%)
③ 已戒酒	119 (6.69%)
婚姻状况	
① 已婚	1581 (88.87%)
② 未婚	32 (1.8%)
③ 离异/丧偶	
④ 离异	31 (1.74%)
⑤ 丧偶	123 (6.91%)

工作状态		
① 上学		3 (0.17%)
② 在职		436 (24.51%)
③ 退休		1197 (67.28%)
④ 务农		96 (5.4%)
⑤ 无业		34 (1.91%)
家庭人均月收入		
① <3000		271 (15.23%)
② 3000~5000		707 (39.74%)
③ 5000~10000		582 (32.72%)
④ 1~2 万		185 (10.4%)
⑤ >2 万		18 (1.01%)
医疗支付方式:		
① 自费		36 (2.02%)
② 北京医保		1321 (74.25%)
③ 异地医保		171 (9.61%)
④ 新农合		167 (9.39%)
⑤ 商业保险		14 (0.79%)
⑥ 其他		99 (5.56%)
就医是否方便:		
① 非常方便		721 (40.53%)
② 较方便		692 (38.9%)
③ 方便		238 (13.38%)
④ 不方便		81 (4.55%)
⑤ 非常不方便		18 (1.01%)
患病情况:		
<input type="checkbox"/> 高血压		1222 (68.69%)
<input type="checkbox"/> 糖尿病		631 (35.47%)
<input type="checkbox"/> 高血脂		595 (33.45%)
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症		146 (8.2%)
<input type="checkbox"/> 哮喘		76 (4.27%)
<input type="checkbox"/> 其他 (冠心病, 卒中)		50 (14.45%)

2.2 慢病药物治疗依从性现状

本研究中, 依从性差、中等、好的患者分别为 773 人(28.95%)、1012 人(37.90%)和 885 名(33.15%)。具体见表 2。

表 2 慢病患者药物治疗依从性调查结果

病种	人数	依从性差	依从性中等	依从性好
高血压	1222	336/27.5%	465/38.05%	421/34.45%
高血脂	595	174/29.24%	239/40.17%	182/30.59%
高血糖	631	189/29.95%	226/35.82%	216/34.23%
高尿酸	146	46/31.51%	52/35.62%	48/32.88%

哮喘	76	28/36.84%	30/39.47%	18/23.68%
总计	2670	773/28.95%	1012/37.90%	885/33.15%

2.3 影响服药依从性的原因

影响依从性的原因见表 3。

表 3 影响患者用药依从性的主要原因

原因（影响因素）	人数（%）
① 治疗方案复查，品种多，难以执行和操作	114（6.41%）
② 费用高、经济负担重	54（3.04%）
③ 看病、开药不方便	43（2.42%）
④ 担心药品毒副作用，自行减量或停用	164（9.22%）
⑤ 医务人员（药师和医生）没有详细交代药物治疗的目的、意义和方法	48（2.7%）
⑥ 事情多，忙碌，有事记不起来	404（22.71%）
⑦ 自己重视不够	260（14.61%）
⑧ 其他原因	39（2.19%）

2.4 高血压调研结果

本研究中，高血压调研人数为 1222 人，患病时长大于 10 年的患者占比为 45.09%，超过一半的患者未参加过高血压相关健康教育，对高血压的一般知识了解不多，多达 53.19% 的患者不能规律监测血压（表 4）。

表 4 高血压患者疾病及相关指标控制情况

高血压	详细指标	人数（%）
患病时长	① ≤1 年	83（6.79%）
	② 2~5 年	297（24.3%）
	③ 6~10 年	226（18.49%）
	④ >10 年	551（45.09%）
参加高血压相关健康教育	① 是	494（40.43%）
	② 否	672（54.99%）
高血压的一般知识	① 十分了解	168（13.75%）
	② 部分了解	877（71.77%）
	③ 不了解	121（9.9%）
血压控制水平	① 知道	767（62.77%）
	② 不完全清楚	353（28.89%）
	③ 不知道	46（3.76%）
定期监测血压	① 从不	27（2.21%）
	② 偶尔	476（38.95%）
	③ 每月 1-2 次	219（17.92%）
	④ 每周 1-3 次	274（22.42%）

	⑤ 每天 1-2 次	169 (13.83%)
服用降压药的数量	① 1 种	731 (59.82%)
	② 2 种	326 (26.68%)
	③ 3 种	76 (6.22%)
	④ ≥4 种	9 (0.74%)
近一个月血压控制水平	① 小于 130/80mmHg	363 (29.71%)
	② 小于 140/90mmHg	542 (44.35%)
	③ 140~160/90~100mmHg	219 (17.92%)
	④ 大于 160/100mmHg	23 (1.88%)

2.6 糖尿病调研结果

参与调研的 631 名糖尿病患者中, 有 64.98% 的患者使用 2~4 种降糖药物控制血糖, 53.88% 的患者未参加过糖尿病相关健康教育, 64.34% 的患者血糖控制不达标 (表 5)。

表 5 糖尿病患者疾病及相关指标控制情况

糖尿病	详细指标	人数 (%)
患病时长	① ≤1 年	42 (6.66%)
	② 2~5 年	173 (27.42%)
	③ 6~10 年	121 (19.18%)
	④ >10 年	263 (41.68%)
参加糖尿病相关健康教育	① 是	259 (41.05%)
	② 否	340 (53.88%)
糖尿病的一般知识	① 十分了解	103 (16.32%)
	② 部分了解	446 (70.68%)
	③ 不了解	50 (7.92%)
血糖控制水平	① 知道	359 (56.89%)
	② 不完全清楚	220 (34.87%)
	③ 不知道	21 (3.33%)
定期监测血糖	① 从不	14 (2.22%)
	② 偶尔	265 (42%)
	③ 每月 1-2 次	135 (21.39%)
	④ 每周 1-3 次	135 (21.39%)
	⑤ 每天 1-2 次	47 (7.45%)
服用降糖药物数量	① 1 种	221 (35.02%)
	② 2 种	237 (37.56%)
	③ 3 种	98 (15.53%)
	④ ≥4 种	21 (3.33%)
服用降糖药时长	① ≤1 年	56 (8.87%)
	② 2~5 年	187 (29.64%)
	③ 6~10 年	113 (17.91%)
	④ >10 年	221 (35.02%)

近一个月血糖控制水平	①空腹 $\leq 6.1\text{mmol/L}$	155 (24.56%)
	②空腹 $> 7.0\text{mmol/L}$	180 (28.53%)
	③餐后 2 小时血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$	406 (64.34%)
	④餐后 2 小时血糖 $< 7.8\text{mmol/L}$	66 (10.46%)

2.7 高尿酸血症调研结果

参与调研的 146 名高尿酸血症患者中，有 58.9% 的患者患病时长为 2~5 年，有 36.3% 的患者近一年出现了痛风急性发作，绝大多数患者对高尿酸的一般知识不是十分了解，57.53% 的患者血尿酸控制不达标（表 6）。

表 6 高尿酸血症患者疾病及相关指标控制情况

高尿酸血症	详细指标	人数 (%)
患病时长	① ≤ 1 年	24 (16.44%)
	② 2~5 年	86 (58.9%)
	③ 6~10 年	17 (11.64%)
	④ > 10 年	8 (5.48%)
近一年痛风急性发作次数	① 无发作	93 (63.7%)
	② 1~3 次	29 (19.86%)
	③ 大于 3 次	9 (6.16%)
	④ 不详	2 (1.37%)
参加高尿酸相关健康教育	① 是	46 (31.51%)
	② 否	87 (59.58%)
高尿酸的一般知识	① 十分了解	16 (10.96%)
	② 部分了解	100 (68.49%)
	③ 不了解	19 (13.01%)
服用降尿酸药物数量	① 1 种	92 (63.01%)
	② 2 种	9 (6.16%)
	③ 3 种	1 (0.68%)
	④ ≥ 4 种	0 (0%)
服用的降尿酸药物名称	① 苯溴马隆	52 (35.62%)
	② 别嘌醇	33 (22.6%)
	③ 非布司他	25 (17.12%)
	④ 其他	16 (10.96%)
服用降尿酸药时长	① ≤ 1 年	57 (39.04%)
	② 2~5 年	54 (36.99%)
	③ 6~10 年	3 (2.05%)
	④ > 10 年	2 (1.37%)
近一个月尿酸控制水平	①男: $\leq 360\mu\text{mol/l}$, 女: $\leq 300\mu\text{mol/l}$	43 (29.45%)
	②男: $> 360\mu\text{mol/l}$, 女: $> 300\mu\text{mol/l}$	84 (57.53%)

2.8 高血脂调研结果

参与调研的 595 例高血脂患者中，65.55%的患者未参加过血脂相关健康教育，20.34%的患者对高血脂一般知识完全不了解。目前服用的降脂药物中，79.66%的患者使用的是他汀类降血脂药物。30.92%的患者胆固醇控制不达标，41.85%的患者甘油三酯水平控制不达标（表 7）。

表 7 高血脂患者疾病及相关指标控制情况

高血脂	详细指标	人数 (%)
患病时长	① ≤ 1 年	54 (9.08%)
	② 2~5 年	203 (34.12%)
	③ 6~10 年	126 (21.18%)
	④ > 10 年	163 (27.39%)
参加血脂相关健康教育	① 是	163 (27.39%)
	② 否	390 (65.55%)
高血脂的一般知识	① 十分了解	49 (8.24%)
	② 部分了解	38 (63.87%)
	③ 不了解	121 (20.34%)
血脂控制水平	① 知道	179 (30.08%)
	② 不完全清楚	266 (44.71%)
	③ 不知道	105 (17.65%)
服用降脂药物数量	① 1 种	461 (77.48%)
	② 2 种	44 (7.39%)
	③ 3 种	2 (0.34%)
	④ ≥ 4 种	3 (0.5%)
服用降脂药物种类	① 他汀类	474 (79.66%)
	② 贝特类	14 (2.35%)
	③ 烟酸类	9 (1.51%)
	④ 胆固醇吸收抑制剂如依折麦布	17 (2.86%)
	⑤ 胆酸螯合剂	0 (0%)
	⑥ 其他: _____	45 (7.56%)
服用降脂药时长	① ≤ 1 年	89 (14.96%)
	② 2~5 年	211 (35.46%)
	③ 6~10 年	103 (17.31%)
	④ > 10 年	112 (18.82%)
近三个月血脂控制水平	① LDL-C > 2.6 mmol/L	165 (27.73%)
	② TC > 5.2 mmol/L	19 (3.19%)
	③ TG > 1.7 mmol/L	249 (41.85%)
	④ HDL-C < 1.04 mmol/L	53 (8.91%)

2.9 哮喘患者调研结果

5种慢病患者中，哮喘患者的依从性最差。主要与对哮喘健康知识不了解与吸入装置的使用不熟悉有关。使用压力定量吸入装置（PDMI）操作有误的患者占比37.5%，都宝、准纳器、胶囊DPI和能倍乐使用错误率分别为28.21%、35%、28.57%和25%，而对于家庭雾化装置清洗错误率高达62.5%。哮喘急性发作完全控制、部分控制和未控制的比例分别为17.54%、40.35%和47.37%（表8）。

表8 哮喘相关知识了解及控制情况

哮喘	详细指标	人数 (%)
患病时长	① ≤1年	9 (1.84%)
	② 2~5年	20 (6.32%)
	③ 6~10年	13 (7.11%)
	④ >10年	30 (9.47%)
近一年哮喘急性发作次数	①经常	9 (1.84%)
	②偶尔	46 (0.53%)
	③没有	16 (1.05%)
参加哮喘相关健康教育	①是	25 (2.89%)
	②否	46 (0.53%)
哮喘的一般知识	①十分了解	13 (7.11%)
	②部分了解	49 (4.47%)
	③不了解	10 (3.16%)
哮喘控制	①知道	40 (2.63%)
	②不完全清楚	25 (2.89%)
	③不知道	7 (0.21%)
使用控制哮喘药物数量	①1种	32 (2.11%)
	②2种	21 (7.63%)
	③3种	13 (7.11%)
	④≥4种	1 (.32%)
使用的哮喘药物种类	①β受体激动剂	25 (2.89%)
	②茶碱类	15 (9.74%)
	③糖皮质激素类	29 (8.16%)
	④抗胆碱药物	3 (3.95%)
	⑤复方制剂	26 (34.21%)
	⑥其他	19 (25%)
服用控制哮喘药时长	①≤1年	11 (14.47%)
	②2~5年	26 (34.21%)
	③6~10年	11 (14.47%)
	④>10年	19 (25%)
近12个月哮喘急性加重发作频率	①无发作	25 (32.89%)

或次数	②1~3 次	33 (43.42%)	
	③ >3 次	3 (3.95%)	
吸入装置正确使用	压力定量气雾剂 (PMDI)	2 ① 无误	15(62.5%)
		4 ② 有误	9(37.5%)
	都保	3 ① 无误	28(71.79%)
		9 ② 有误	11(28.21%)
	准纳器	2 ① 无误	13(65%)
		0 ② 有误	7(35%)
	胶囊 DPI	7 ① 无误	5(71.43%)
		② 有误	2(28.57%)
	能倍乐	4 ① 无误	3(75%)
		② 有误	1(25%)
	家庭雾化装置清洗	8 ① 无误	3(37.5%)
		② 有误	5(62.5%)
白天哮喘症状发作超过 2 次/周	① 是	12 (15.79%)	
	② 否	47 (61.84%)	
曾在夜间因为哮喘醒来	① 是	16 (21.05%)	
	② 否	43 (56.58%)	
使用急救药物如 SABA 超过 2 次/周	① 是	8 (10.53%)	
	② 否	51 (67.11%)	
因哮喘有行动受限	① 是	22 (28.95%)	
	② 否	37 (48.68%)	
后续增加的统计	完全控制	10 (17.54%)	
	部分控制	23 (40.35%)	
	未控制	27 (47.37%)	

3 总结与讨论

3.1 慢病治疗依从性现状分析

用药依从性是影响慢病治疗效果和患者的生活质量的重要因素，良好的依从性能够极大地提高疾病治疗达标率，并改善患者的生活质量。依从性差会提高医疗保健服务利用率和总体医疗保健成本。据统计，因用药不依从导致美国每年可避免的医疗费用为 1000 亿美元和 3000 亿美元^[4]。本研究中，66.85% 的患者对其药物治疗方案的依从性不理想，其中依从性差的比例为 28.95%。用药依从性差的比例按照疾病种类由高到低分别为哮喘 36.84%、高尿酸血症 31.51%、糖尿病 29.95%、高血脂 29.24%和高血压 27.5%。研究结果显示，慢病患者依从性不佳的现象在北京地区非常普遍，亟需针对社区慢病患者开展全面

的药物治疗管理服务。既往研究显示，家庭药师是开展慢病药物治疗管理的最佳人选。随着我国分级诊疗制度的开展，药学服务开始下沉，广东、深圳等地基层医疗机构也探索开展了居家药学服务，取得了比较好的效果^[5, 6]。北京地区也应该推进家庭药师制度，签约社区慢病患者，家庭药师对社区慢病患者进行长期药物治疗管理服务，让患者主动参与疾病管理，这样才能从根本上提高患者的依从性。

3.2 依从性影响因素分析

本研究中，患者依从性差的三个主要原因是：①事情较多，工作忙碌，经常记不起来（占比 22.71%）；②患者对疾病不了解或重视不够（占比 14.61%）；③担心药品毒副作用，自行减量或停用（占比 9.22%）。因此，应采取针对性的干预措施以改善慢病患者对药物治疗方案的依从性，比如设置服药提醒、用药科普宣教等。此外，对于慢病患者而言，除了药物控制，饮食运动、生活方式等方面的严格控制对疾病的控制也同样重要^[7]，而对药物治疗方案依从性不佳的患者，其对饮食、生活方式等诸多方面干预的依从性往往不理想，这也导致患者的疾病控制指标比如血糖不能达到理想水平。生活方式的调整是治疗达标的非常重要的因素。本研究中通过设计 9 个问题收集患者的行为和生活方式，结果显示，在疾病的监测方面，仅有 22.77% 的患者能够严格按医护人员建议定期监测血压、血糖、血脂、尿酸等指标，多达 2/3 的患者不能够坚持严格遵从医嘱按时复诊。所以，对慢病患者的干预措施中，应同时制定相应的生活习惯干预措施，改善其对饮食、生活方式等方面干预的依从性，最终提高患者的疾病控制效果，减少疾病的恶化和并发症的发生。

3.3 社会人口学特征对依从性的影响探讨

研究显示，用药依从性受药物信息、文化程度、职业、患病时长、收入水平、多并发症等因素影响^[8]。本研究结果发现，慢病患者用药依从性与年龄、受教育程度、吸烟饮酒史、婚姻状况、工作状态、家庭人均月收入、合并症等有相关性，与既往研究结果一致。赵生俊等研究显示^[9]，60~70 岁年龄段人群依从性较好，本研究显示 51-70 岁年龄段患者依从性较好，分析可能与此年龄段患者工作压力相对较小，或者已经退休时间比较充足且生活规律有关；而 70 岁以上患者由于记忆力逐渐减退，身体机能逐渐减退，生活自理能力下降，对

新事物的接受能力较差，故依从性较差；35~50岁中青年患者依从性也相对较差，这部分患者正处于事业的上升期，是家庭的核心支柱，工作忙、压力大，没有时间和精力关注健康教育问题，而且大部分患者相对较年轻，自认为身体好不需要长期服药等因素造成依从性差。

3.4 疾病特征分析

本研究结果显示，哮喘患者的依从性最差，依从性差的比例为36.84%，分析原因可能主要与患者对哮喘健康知识不了解和对吸入装置的使用不熟悉有关。此外，根据全球哮喘防治倡议(GINA)和我国哮喘防治指南的推荐，吸入糖皮质激素(ICS)仍是哮喘防止的一线药物，也是目前控制气道炎症最有效的药物。而哮喘患者对激素的使用有着很大的心理负担，担心激素的不良反应，所以依从性差^[10]。同时，哮喘吸入装置多种多样，患者在不同的医生那里处方的药物可能不同，吸入装置的使用方法不同，操作步骤也不一样，吸入装置操作不当，也会造成哮喘控制不佳，患者依从性差。本研究中，使用压力定量吸入装置(PDMI)操作有误的患者占比37.5%，都宝使用错误率为28.21%，准纳器的使用错误率为35%，胶囊DPI和能倍乐的操作错误率为28.57%和25%，而对于家庭雾化装置清洗错误率高达62.5%。而同时哮喘患者急性发作完全控制、部分控制和未控制的比例分别为17.54%、40.35%和47.37%。由此可见，哮喘患者的控制达标率非常低，针对哮喘患者开展社区用药教育和吸入装置的正确操作非常重要。此外，本研究中，哮喘患者样本量只有76人，依从性差也不排除与样本量少有关。今后会继续入组患者，增加样本量，采用统计学方法进行进一步验证相关性。

3.5 开展居家药学服务是改善依从性的有效措施

研究显示^[11]，影响患者依从性的因素有很多，改善依从性的有效方法也有多种，例如对患者进行健康教育、制定个性化合理的治疗方案、争取家庭和社会的大力支持、建立良好的医患关系、开展药学服务等，这些都对提高患者的依从性具有重要意义。一篇META分析结果证明^[12]，最有效的干预措施是由药师直接面对患者提供的药学服务，并指出应该将干预内容集中在行为策略上，尤其是基于习惯的干预，而不是旨在改变知识和信念的认知策略。而家庭药师正式这些行为干预的良好提供者。家庭药师主要针对慢病患者提供药学

服务, 既往研究结果显示, 家庭药师在慢病管理中对患者疾病治疗达标率、依从性及降低经济费用方面发挥了重要的作用^[13]。2018年, 中国首个《家庭药师服务标准与路径专家共识》出版^[14], 指出家庭药师是指通过与患者签约, 建立契约式服务关系, 为患者居家药物治疗提供个体化、全程、连续的药学服务和普及健康知识的药师。目前, 我国已经先后在广东、苏州、广州、上海等地试点开展了家庭药师制度, 为居家慢病患者提供药学服务, 取得了很好的效果。2020年我国出版首套家庭药师的规范化培训教材^[15], 主要针对社区药师进行规范化的培训, 经过培训的药师参与慢病管理, 对患者进行药物治疗管理、药学咨询与用药指导、科普宣教、家庭药箱管理和建立用药管理档案, 使患者更好地参与药物治疗方案, 掌握正确的用药方法, 对提高患者的用药依从性具有重要的意义。本研究有85家社区中心的163名药师参与, 为社区药师开展慢病居家药学服务奠定了良好的基础, 这些药师通过参与此研究能够很好地了解社区慢病患者的依从性现状, 针对主要影响因素开展针对性的居家药学服务。通过本研究社区药师已经建立了与患者慢病面对面交流的机会, 让患者对药师更加认可, 也为后续签约家庭药师建立了稳固的药患关系。

参考文献

- [1] 我国首部健康管理蓝皮书发布[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019,26(05):636.
- [2] 刘月姣. 《中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)》发布[J]. 中国食物与营养, 2020(12):2.
- [3] Gallagher B D, Muntner P, Moise N, et al. Are two commonly used self-report questionnaires useful for identifying antihypertensive medication nonadherence?[J]. J Hypertens, 2015,33(5):1108-1113.
- [4] Brown M T, Bussell J, Dutta S, et al. Medication Adherence: Truth and Consequences[J]. Am J Med Sci, 2016,351(4):387-399.
- [5] 许夏燕, 郑桂梅, 王振兴, 等. 社区药师门诊对老年慢病患者药物治疗管理(MTM)的服务实践[J]. 中国药师, 2018(07):1214-1217.
- [6] 吴晓玲, 谢奕丹, 邱宇翔, 等. 家庭药师制度的构建与实践探索[J]. 今日药学, 2018(05):340-343.
- [7] Brunton S A, Polonsky W H. Hot Topics in Primary Care: Medication Adherence in Type 2 Diabetes Mellitus: Real-World Strategies for Addressing a Common Problem[J]. J Fam Pract, 2017,66(4 Suppl):S46-S51.
- [8] 赵越, 戚玮琳, 杨爱芳, 等. 高血压患者的药物治疗依从性现状及危险因素研究[J]. 中国药学杂志, 2015(06):559-562.
- [9] 赵生俊, 范芳芳, 姚莉. 慢性病病人药物治疗依从性调查及影响因素分析[J]. 药学服务与研究, 2011(02):130-133.
- [10] 王茜. 支气管哮喘病人治疗依从性的研究进展[J]. 护理研究, 2018(01):32-33.
- [11] Yap A F, Thirumoorthy T, Kwan Y H. Systematic review of the barriers affecting medication

- adherence in older adults[J]. *Geriatr Gerontol Int*, 2016,16(10):1093-1101.
- [12] Conn V S, Ruppap T M. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis[J]. *Prev Med*, 2017,99:269-276.
- [13] Cipolle R, Strand L M, Morley P C. *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-centered Approach to Medication Management Services*[M]. 3rd edition. McGraw-Hill Education, 2012.
- [14] 吴晓玲, 赵志刚, 于国超. 家庭药师服务标准与路径专家共识[J]. *临床药物治疗杂志*, 2018,16(7):1-6.
- [15] 吴晓玲, 赵志刚, 于国超. *临床药物治疗管理学-家庭药师版*[M]. 第一版. 北京: 化学工业出版社, 2020.